



SYNDICAT PROFESSIONNEL DES OSTÉOPATHES DU QUÉBEC (CPMDQ)

L.R.Q., c. S-40

DECLARATION DU PRATICIEN TRAITANT/DECLARATION OF TREATING PRACTITIONER TRAITEMENT OSTÉOPATHIQUE / OSTEOPATHIC TREATMENT

INFORMATION SUR LE TITULAIRE DE LA POLICE / INFORMATION ON THE POLICY HOLDER

NOM AU COMPLET / FULL NAME: _____

RESIDENCE VILLE / CITY / PROVINCE : _____

EMPLOYEUR / EMPLOYER: _____ OCCUPATION: _____

TÉL. BUR. / BUS: _____ (TEL. RES.): _____

INFORMATION SUR LE PATIENT / PATIENT INFORMATION

NOM AU COMPLET / FULL NAME: _____

DATE DE NAISSANCE / DATE OF BIRTH ____/____/____ NO. POLICE / POLICY NUMBER : _____

PROBLÈME SANTÉ / HEALTH PROBLEM: _____

Ce cas relève-t-il de la Commission du travail/ Is workman's compensation involved in this case : NON / NO

La grossesse est-elle la cause de cet état/ Is pregnancy the cause of the patient's health state : NON / NO

EXAMEN / ASSESSMENT:

PSYCHIQUE/PHYSIQUE

PRIMAIRE/COMPLET

BILAN SANTÉ

PSYCHOLOGICAL/PHYSICAL

PRIMARY/COMPLETE

GENERAL HEALTH QUESTIONAIRE

TRAITEMENT/TREATMENT

TECHNIQUES

Articulaire/Articular

Structurelles/Structural

Viscérales/Visceral

Crânienne /Cranial

Crânio-sacré, fasciaes/Craniosacral, fascia

Autres/Other

____/____/____
J/D M/M A/Y _____ \$

____/____/____
J/D M/M A/Y _____ \$

____/____/____
J/D M/M A/Y _____ \$

____/____/____
J/D M/M A/Y _____ \$

____/____/____
J/D M/M A/Y _____ \$

____/____/____
J/D M/M A/Y _____ \$

____/____/____
J/D M/M A/Y _____ \$

____/____/____
J/D M/M A/Y _____ \$

____/____/____
J/D M/M A/Y _____ \$

Nombre de session / Number of treatments: _____ Coût par session / Fees per treatment \$ _____

Tarif à l'heure / Hourly rate \$ _____ Total des honoraires chargés / Total fees charged \$ _____

Ce traitement est dispensé par le thérapeute licencié(e) ci-dessous. Les membres du syndicat professionnel sont assermentés à la confidentialité du traitement et du dossier de leurs clients. This treatment is provided by the licensed therapist below. Therapists member of the professional syndicate are sworn under oath towards the confidentiality of the treatment and their client's files.

NOM ET NUMÉRO DE LICENCE DE L'OSTÉOPATHE / OSTEOPATH'S NAME AND LICENSE NUMBER

Nom/Name :

Licence/License No.:

Signature: _____

Date: _____

Téléphone Montréal et environs : (514) 316-1046 Téléphone extérieur de Montréal : (800) 624-6627

Télécopieur: (514) 221-3740 Courriel: info@cpmdq.com Site Internet : www.cpmdq.com

101, boul. Cardinal-Léger, Casier Postal 51071, Pincourt (QC) J7W 9T3